

助成金事前審査申出書

年 月 日

美幌町長

様

申請者 住所

氏名

（医療法人の場合は、名称及び代表者氏名）

電話番号

美幌町開業医誘致等助成金交付要綱第9条の規定により、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり事前審査を申し出ます。

1 診療所名称	
2 診療科名	
3 所在地	美幌町字
4 開設予定日	
5 開設の別	新規・事業継承・増設
6 補助経費の種別	取得・賃借・在宅医療
7 事業予定期間	着手 年 月 日 完了 年 月 日
8 事業費内訳	土地取得費等 万円 建物取得費等 万円 医療機器等取得費 万円 合計 万円
9 資金計画	自己資金 万円・借入金 万円
10 職員体制	(1)医師 常勤 人・非常勤 人 (2)看護師・准看護師 常勤 人・非常勤 人 (3)看護助手 常勤 人・非常勤 人 (4)事務員 常勤 人・非常勤 人 (5)その他（ ）常勤 人・非常勤 人
11 助成対象要件の確認 ※確認の上、□にチェックして下さい。	<input type="checkbox"/> 積極的に医療活動を行い、地域医療の向上に寄与する者。 <input type="checkbox"/> 町内において診療所を開設又は事業継承等し、事業を10年以上継続する見込みがある者。 <input type="checkbox"/> 町税等を滞納していない者。 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 美幌医師会の会員である者。 <input type="checkbox"/> 町長が認める診療科名の診療を行う者。

《添付書類》

- (1) 医師免許証の写し及び履歴書
- (2) 事業計画書（事業診療所部分の建物の区分がわかる図面）
- (3) 経費明細書
- (4) 収支予算書
- (5) 本町に納付すべき公租公課に滞納がない事が確認できる書類
- (6) 一般社団法人美幌医師会の会員であることを証明する書類
- (7) 医療法人にあっては、法人の定款及び登記事項証明書（履歴事項証明書に限る。）
- (8) 土地及び建物等の取得（賃借）に係る見積書
- (9) 代表者の変更等継承の場合は、新たな代表者が法人の支配権を得て運営を引き継ぐことを証明する書類
- (10) 在宅医療の拡充を開始する内容が確認できる書類
- (11) その他町長が必要と認める書類